FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1911-1912 N° 2

A PROPOS
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
VARICOCÈLE PELVIEN

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Samedi 18 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

GENAY (PIERRE-JOSEPH-EUGÈNE)
Ex-Moniteur d'Anatomie à la Faculté

NÉ LE 23 DÉCEMBRE 1883, A REMIREMONT (VOSGES)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

WEISS, Professeur. . . .	*Président.*
ROHMER, Professeur. . .	*Juges.*
RICHON, Agrégé.	
SENCERT, Agrégé. . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51
—
1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1911-1912 N° 2

A PROPOS
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
VARICOCÈLE PELVIEN

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Samedi 18 Novembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD.
UNIV. BAT.
BIBL.

PAR

GENAY (PIERRE-JOSEPH-EUGÈNE)
Ex-Moniteur d'Anatomie à la Faculté

NÉ LE 23 DÉCEMBRE 1883, A REMIREMONT (VOSGES)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

WEISS, Professeur. . . .	*Président.*
ROHMER, Professeur. . .	*Juges.*
RICHON, Agrégé.	
SENCERT, Agrégé. . . .	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

Doyen : M. GROSS O ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS. ✻, I ✪.
Professeurs honoraires: MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, ✻, I ✪
BERNHEIM, O ✻, I ✪.

Professeurs

Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, ✻, I ✪.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, ✻, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, ✻, ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Clinique médicale	M. SCHMITT, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, ✻, I ✪.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, A ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, I ✪,

Professeurs adjoints

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, ✻, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE, I ✪, agrégé libre.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, A ✪, agrégé libre.
Accouchements	M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'orthopédie (1)	M. FRŒLICH, I ✪ id.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	M. JACQUES, I ✪ id.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ✪, id.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	M. ZILGIEN, I ✪, ag. lib., ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, I ✪.	MM. COLLIN, A ✪.	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I ✪.	DUFOUR, A ✪.	LUCIEN, A ✪.
RICHON, A ✪.	SENCERT, A ✪.	BINET.
G. GROSS, A ✪.	ROBERT, A ✪.	PERRIN, A ✪.
FRUHINSHOLZ, A ✪.		

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪,
SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪, L. SPILLMANN, A ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ✪, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MON ÉPOUSE

A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A Mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur WEISS

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

Le varicocèle pelvien, dont l'étude du traitement chirurgical fait le sujet de cette thèse, est une affection assez fréquente.

Les relations étroites qu'il a avec les lésions de l'utérus et des ovaires lui créent une importance considérable.

Et c'est sur le conseil de M. le professeur agrégé SENCERT que nous avons entrepris d'essayer d'établir la part qu'il faut attribuer au varicocèle dans la production de certaines lésions utérines et ovariennes et le traitement qu'il convient de lui opposer.

Mais avant de quitter la Faculté, nous avons un devoir de reconnaissance à remplir à l'égard de nos maîtres, qui nous furent bienveillants en de si nombreuses occasions.

M. le professeur WEISS nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui en témoignons notre extrême gratitude.

Nous avons suivi, avec le plus grand profit, l'enseignement clinique si intéressant de M. le professeur ROHMER. Il nous a montré un bienveillant intérêt, et nous le prouve encore en acceptant aujourd'hui d'être notre juge. Nous lui en exprimons nos sincères remerciements.

A M. le professeur P. SPILLMANN, nous devons toutes nos connaissances médicales. Nous lui devons aussi toute

notre reconnaissance pour la sympathie qu'il nous a si souvent témoignée et dont nous garderons toujours le souvenir.

M. le professeur agrégé SENCERT ne nous a pas seulement beaucoup appris par son enseignement clair et précis, durant les heures trop courtes des consultations chirurgicales dont il était chargé, il a encore accepté de nous donner le sujet de cette thèse et de nous guider pendant sa rédaction. Nous le prions d'accepter nos sincères remerciements et l'assurance de notre dévouement.

M. le professeur agrégé RICHON a consenti à nous donner une nouvelle marque de sympathie, en acceptant d'être notre juge. Nous l'en remercions vivement.

Nous avons conservé le meilleur souvenir de notre séjour au laboratoire d'anatomie, où M. le professeur ANCEL s'est toujours montré plein de bienveillance à notre égard. Nous lui en exprimons toute notre reconnaissance.

Nous devons aussi tous nos remerciements à M. le professeur agrégé MICHEL, qui a eu l'amabilité de nous prêter une pièce provenant d'une opération pratiquée par lui pour varicocèle pelvien.

Enfin, ce n'est pas sans regret que nous quitterons la Faculté, où nous avons connu des amis dévoués. Même séparés par la vie, nous songerons souvent, avec quelque mélancolie, aux camarades lointains. Nous nous souviendrons particulièrement de MM. les docteurs DROUOT et LAVENTURE.

Et plus tard, dans les heures grises, le souvenir de tous ceux qui ont eu pour nous quelque affection ou quelque sympathie, nous sera toujours très doux et très consolant.

INTRODUCTION

Naissant à la fois de l'utérus, des trompes, du ligament rond, du ligament large, de l'ovaire, les veines utéro-ovariennes, avant d'aller se terminer, à gauche, dans la veine rénale, à droite, dans la veine cave, sont situées dans l'épaisseur du ligament large.

Leur dilatation variqueuse constitue le varicocèle pelvien.

Inconnue autrefois à cause de son diagnostic difficile, cette affection ne paraît pas avoir été décrite avant Richet. En 1858, Devalz décrit dans sa thèse les plexus veineux utéro-ovariens et les modifications pathologiques qu'ils subissent dans le cas de varicocèle pelvien. N'ayant pu étudier le tissu de l'ovaire au cours de cette affection, il pense pourtant que « cet organe doit subir de grandes altérations de nutrition, telles que œdème, engorgement.»

Devalz et ses succeseurs étudient surtout les rapports qui peuvent exister entre le varicocèle pelvien et l'hématocèle péri-utérine.

Puech signale deux cas d'hématocèle qu'il pense dus aux varices pelviennes.

En 1878, M. le profesesur Poncet admet que la rupture d'une varice tubo-ovarienne puisse produire l'hématocèle

péri-utérine, mais il pense qu'on appelle souvent à tort varicocèle pelvien ce qui n'est qu'une simple dilatation momentanée : « L'état variqueux, écrit-il, est loin d'être toujours indiqué et il est probable que, dans beaucoup de cas, les parois veineuses n'avaient subi d'autres modifications qu'une distension plus ou moins considérable, due à la stase sanguine, à la gêne de la circulation en retour.

Il ne suffit pas, ajoute-t-il, qu'une veine soit volumineuse, sinueuse, pour la qualifier de varice ; il faut que sa paroi vasculaire ait subi des altérations bien nettes. »

Mais, jusque-là, si le varicocéle pelvien était décrit, on n'avait fait qu'effleurer et que soupçonner ses rapports avec les lésions ovariennes, quand, en 1888, un chirurgien américain, Dudley, fit une communication intitulée : « Du varicocèle chez la femme ; son influence sur l'ovaire. »

Il estime que cette affection est fréquente ; il examine les causes qui peuvent lui donner naissance, les symptômes qui peuvent faciliter son diagnostic et, d'après l'examen histologique des pièces que lui procurèrent les quatre laparotomies qu'il pratiqua, il pense que la dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire succède au varicocèle pelvien. Enfin, et c'est le point le plus en rapport avec l'objet de cette thèse, il estime que le traitement médical de cette affection est illusoire et que seule une opération chirurgicale peut donner des chances de guérison.

Mais, l'année suivante, le Dr Coë publie à son tour une communication sur le même sujet, tendant à battre en brèche les arguments de Dudley. Il s'attaque d'abord à l'existence même du varicocèle.

« Au point de vue anatomique, écrit-il, le véritable varicocèle consistant en une dilatation permanente des

vaisseaux, avec épaississement considérable de leurs parois, doit être considéré comme exceptionnel chez la femme.

« En tous cas, conclut-il, l'opération radicale est beaucoup trop grave pour trouver son indication dans les cas de varicocèle. »

Dès lors étaient créées deux opinions contraires au point de vue traitement, opinions qui eurent chacune leurs partisans convaincus.

Une communication du Dr Petit à la Société obstétricale de Paris, sur un cas de varicocèle ovarien, fut l'occasion d'une importante discussion au sein de cette Société. Enfin, la thèse de Roussan apporte plusieurs observations pouvant servir à l'étude du varicocèle pelvien et, plus près de nous, la thèse de Camuset tend à faire le résumé historique de la question.

Comme nous le verrons en faisant l'historique du traitement, le traitement chirurgical est actuellement universellement adopté dès que le diagnostic de varicocèle est posé avec certitude.

Ce traitement, tantôt radical, tantôt conservateur, a paru à M. le professeur agrégé Sencert pouvoir être utilement modifié.

Et c'est de la bienveillance de M. le professeur Sencert que nous tenons l'idée de cette thèse, conçue sur ses indications.

Son objet principal est la description du nouveau mode opératoire ; mais comme celui-ci découle d'observations anatomo-pathologiques, nous nous permettrons de nous étendre un peu longuement sur la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe.

A PROPOS
DU TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
VARICOCÈLE PELVIEN

Anatomie pathologique et pathogénie

Nous avons à considérer trois points : l'état de l'utérus, l'état des ovaires, l'état des veines.

On pourrait y joindre aussi l'étude de l'état du ligament large, puisque le traitement que nous préconisons est basé sur sa plicature.

La congestion utérine jouait un très grand rôle autrefois dans les affections gynécologiques. On en faisait le point de départ de la plupart des malaises ou des troubles graves dont on avait à s'occuper.

Car, disait-on, la congestion conduit à l'engorgement, et l'engorgement pouvait aboutir aux maladies les plus graves, d'après l'avis des praticiens d'alors.

Duparcque, dans son *Traité des Maladies de la Matrice*, paru en 1839, voulait même que cet engorgement pût aboutir au cancer.

Récamier, dans une communication à l'Académie de Médecine, en 1850, comparait les phénomènes congestifs de l'appareil génital femelle aux poussées hémorrhoïdaires.

L'exagération apportée dans ces vues de l'esprit fut cause d'une période de réaction. La congestion utérine fut longtemps, dès lors, reléguée, et la métrite lui reprit sa vogue passée de mode.

De nombreux auteurs rejetaient la congestion utérine comme ne reposant sur aucune base anatomique sûre. La bactériologie vint de nouveau à l'assaut de cette pauvre congestion utérine, en voulant établir que l'infection était à la base de tous les troubles gynécologiques.

Etait-ce la fin du dogme antique ?

Aujourd'hui, on s'aperçoit que l'infection métritique n'explique pas tout. En effet, on constate divers accidents sans rapports avec une infection définie, qui ne laissent pas, après leur action, de résultats persistants et qui paraissent bien en rapport avec la circulation utéro-ovarienne.

Doleris, dans son mémoire *Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus*, a montré qu'il fallait songer à certains phénomènes d'origine non inflammatoires.

D'autres auteurs, à sa suite, vinrent proclamer que souvent ils avaient vu des phénomènes semblables se produire au cours de maladies infectieuses.

Richalot, en 1899, dans son mémoire intitulé *Les pseudo-métrites des arthritiques nerveuses*, fit une place à part à la congestion utérine.

Il montra que souvent on trouve, à son origine, une diathèse névro-arthritique, et non seulement il pense que cette congestion utérine est la cause des phénomènes douloureux, des hémorragies que présentent certaines malades, mais il croit aussi qu'elle peut déterminer des altérations persistantes du muscle utérin.

Il en fait, suivant son expression, « des dystrophies scléreuses d'origine arthritique. »

Nous pensons donc que la congestion utérine doit conserver sa place dans la pathologie gynécologique. Nous verrons plus loin qu'à notre avis elle peut avoir des relations avec le varicocèle tubo-ovarien.

On décrit ordinairement une congestion utérine primitive et une secondaire.

Dans la première, la vascularisation anormale et persistante de l'appareil génital semble ne relever d'aucune cause, d'aucune maladie préexistante. La femme qui en est atteinte éprouvera des symptômes analogues aux phénomènes menstruels : pesanteur au niveau de la région lombaire, du bassin, du périnée. Quelquefois se produira une recrudescence, une exagération de ces phénomènes, qui les transformera en douleurs violentes.

La perte de sang n'est pas toujours un des symptômes de ce processus. En effet, la congestion peut être sèche. L'attention du praticien sera surtout attirée par la sensation de malaise, de pesanteur qu'accusera la malade. Elle aura de fréquentes envies d'uriner, de déféquer, quelquefois même du ténesme vésical ou rectal.

Quelquefois même, une simple promenade la fatiguera d'une façon anormale. Le moindre effort lui deviendra à charge. Souvent même on observera de la leucorrhée.

La malade viendra trouver le médecin dans un état de neurasthénie souvent caractéristique, se croyant gravement et à jamais atteinte dans ses fonctions maternelles.

A la palpation du ventre, on observe quelquefois une hyperesthésie assez nette qui peut même faire errer le diagnostic et l'incliner vers une lésion annexielle ou péritonéale.

Le toucher ne donne pas de très grands renseignements: L'utérus semble bien augmenté légèrement de volume. Il est plus sensible qu'à l'état normal. Le toucher des culs-de-sac est très important au point de vue qui nous occupe, car il peut devenir un signe de certitude quand on croit à un varicocèle, mais il ne donne souvent, hélas ! que des renseignements incomplets et combien incertains.

Pourtant, il peut arriver que l'on perçoive nettement la présence de paquets, quelquefois assez volumineux, donnant l'impression d'une masse que l'on a comparée à une pelote de ficelle.

Si l'on trouve ce signe nettement marqué, il faut penser à la maladie qui fait l'objet de cette thèse : au varicocèle tubo-ovarien, et ne pas tarder à intervenir. Bien entendu, on ne le trouve pas toujours, et ce sera souvent au cours d'une hystérectomie qu'on s'apercevra de la présence du varicocèle.

Mais il faut y songer souvent, et si cette affection est reconnue, ne pas hésiter à employer le traitement que nous préconisons, qui apaisera les douleurs au milieu desquelles la malheureuse malade traîne sa vie et qui, de plus, tout en lui permettant de conserver les espoirs des maternités futures, la mettra à l'abri des lésions ovariennes consécutives au varicocèle tubo-ovarien.

Il ne faut pas se contenter d'examiner l'utérus. Il faudra aussi examiner la vulve, que l'on trouvera souvent d'une couleur violacée analogue à la couleur du col utérin vu au spéculum.

La vulve peut aussi présenter des varicosités parfois assez marquées. L'examen de l'anus permettra de constater quelquefois des paquets hémorrhoïdaux.

La congestion et la distension des vaisseaux se remarquera souvent, même au delà du territoire gynécologique: on peut trouver des varices aux membres inférieurs, au pli de l'aîne.

Les douleurs accusées par la malade ne persistent pas, en général, chaque jour. La plupart du temps, elles auront leur acuité principale quelques jours avant les règles. La perte de sang menstruelle semblera remettre tout en ordre pour un moment, mais les mêmes phénomènes surviendront avant l'établissement de la menstruation suivante.

Quelle sera la valeur de ces pertes sanguines ? On ne peut pas établir de règle commune à ce sujet. Tantôt fortes, tantôt minimes, leur seul caractère de similitude est l'apaisement des phénomènes douloureux.

Ces phénomènes douloureux ne seront d'ailleurs pas limités à l'utérus. Ils s'accompagnent souvent de manifestations gastralgiques, migraineuses, intestinales, ce qui, encore une fois, semble assez bien cadrer avec l'idée que se font plusieurs médecins autorisés au sujet de l'étiologie de la congestion utérine, à savoir la diathèse névro-arthritique comme cause prédisposante.

En examinant les différentes causes qui peuvent donner lieu au varicocèle tubo-ovarien, nous verrons qu'on

ne peut pas assigner toujours à l'affection une origine infectieuse.

Car le varicocèle, comme la congestion, avec qui il a comme nous voulons le dire, de nombreux rapports, se manifeste et a été rencontré plusieurs fois chez des jeunes filles. Nous savons bien qu'en même temps on a constaté souvent de l'ovarite scléro-kystique et qu'on a fait jouer à cette ovarite le rôle initial dans la production du varicocèle, mais on l'a trouvé, et c'est le point capital, bien souvent aussi sans ovarite, ce qui indique bien qu'il peut exister avant toute lésion ovarienne. En effet, comme nous essaierons de le démontrer plus loin, ce n'est pas la lésion ovarienne qui produit le varicocèle, mais bien le varicocèle qui retentit sur l'ovaire.

En tous cas, il est à signaler que les jeunes filles chez qui cette affection a été remarquée, étaient, pour la plupart, de souche névro-arthritique.

Chez les femmes ayant un passé génital chargé, congestion et varicocèle seront naturellement beaucoup plus fréquents. Les excitations sexuelles, les grossesses prédisposeront à une congestion qui ne fera que s'accentuer avec le temps. A la vascularisation plus considérable de l'utérus se joindra souvent l'état variqueux des plexus tubo-ovariens.

Enfin, chez les femmes dont la vie génitale est près de s'éteindre, la congestion sera fréquente. Les diathèses feront plus vivement sentir leur influence contre laquelle réagira moins facilement un organisme fatigué.

Mais, à côté de ces congestions dites primitives, il faut parler des congestions utérines secondaires, survenant au cours de diverses maladies, et qui souvent ont des

caractères différents de ceux que nous avons mentionnés précédemment.

La congestion utérine secondaire est presque toujours hémorragique. Les autres symptômes sont peu nets et peu accusés.

Dans les périodes avancées des affections cardiaques, à la métrorragie se joindront souvent des douleurs analogues à celles décrites précédemment : sensations de pesanteur, de tenesme vésical ou rectal faisant même songer quelquefois à des cystites.

Les affections du foie et celles du rein retentissent aussi sur la sphère génitale et donnant lieu à des phénomènes congestifs.

Enfin, dans les maladies infectieuses, la congestion se manifeste par des pertes de sang prolongeant quelquefois les règles, quelquefois se produisant inopinément.

La congestion relevant des maladies infectieuses est parfaitement établie. Depuis longtemps on en a cité des cas sous l'influence de la variole, de la dothiénenterie, du rhumatisme articulaire aigu, etc. Comment se produit cette congestion ? Dans les affections cardiaques, il est probable que sa cause est toute mécanique : stase veineuse chez les malades atteintes d'affections mitrales, excès de tension artérielle chez celles atteintes d'affections aortiques. Chez les malades atteintes d'affections rénales, on a incriminé l'excès de pression et même des altérations du sang qui seraient dues à des phénomènes d'ordre toxique.

Pour les congestions relevant de cette origine, le mécanisme est assez simple à comprendre. Il en est autrement dans les cas de maladies infectieuses. Dans ces cas, on

ne trouve guère d'altérations vasculaires, quoi qu'on ait signalé des cas d'artérites consécutives à la fièvre typhoïde. Il semble alors qu'il ne s'agisse que d'une poussée congestive ne laissant pas de traces.

Ozenne, dans une communication au Congrès d'Obstétrique, à Rouen, en 1904, rapporte avoir observé des lésions vasculaires et des scléroses ovariennes dans la syphilis. Le fait est intéressant à rapporter, car il est à rapprocher des influences produites par la diathèse névro-arthritique. De plus, si le fait était démontré, la syphilis héréditaire pourrait expliquer les lésions ovariennes et vasculaires observées chez des jeunes filles.

Mais il est tout à fait incontestable que des lésions uterines minimes peuvent engendrer et entretenir la congestion utérine ou le varicocèle tubo-ovarien. Les lésions métritiques le produisent fréquemment. De même les déviations utérines. En effet, les versions ou déviations utérines sont cause d'une vascularisation trop grande de l'organe, donnant lieu à des phénomènes douloureux et à des métrorragies. Le prolapsus agira de même.

Les fibromes, en comprimant les vaisseaux et surtout en agissant par leur vascularisation anormale, feront naître des troubles qui seront sous la dépendance de la congestion.

Les lésions métritiques, nous l'avons dit plus haut, se trouvent fréquemment à l'origine de la congestion utérine et du varicocèle pelvien. Au cours des métrites, l'utérus est généralement augmenté de volume. La muqueuse est très épaissie, et on remarque presque toujours une congestion très grande de la muqueuse et du parenchyme utérin. Les anses vasculaires qui pénètrent entre les glan-

des, sont distendues par des globules sanguins et on rencontre parfois de petits foyers hémorragiques en divers points de la muqueuse.

Quand ces lésions ont pris la forme chronique, elles aboutissent fréquemment à la sclérose. Aussi, sur la plupart de ces utérus enflammés depuis longtemps, on voit des tractus fibreux plus ou moins épais qui séparent les fibres musculaires et contribuent, dans une certaine mesure, à l'augmentation de volume de l'organe.

La sclérose utérine peut donc coexister, et le fait est très fréquent, avec le varicocèle tubo-ovarien.

Mais cette sclérose n'est-elle, comme l'ont cru nombre d'auteurs, que le résultat du processus inflammatoire caractérisant la métrite ?

Sans méconnaître l'importance des altérations du parenchyme utérin, il ne faut pas oublier d'y joindre un facteur autrefois inconnu, aujourd'hui bien étudié : je veux parler de la diathèse névro-arthritique, qui donne lieu, comme nous l'avons dit plus haut, à la congestion, congestion qui sera la cause principale de la sclérose.

Les autres causes énumérées précédemment comme capables de donner naissance à la congestion utérine peuvent déterminer de même, indirectement, la sclérose de l'organe.

« La congestion, a dit Aran, ne peut pas durer longtemps sans imprimer à la matrice une augmentation sensible de volume. Or, cette augmentation de volume ne tient pas seulement à l'augmentation de vascularité, à l'afflux, à la stase du sang dans le système capillaire de l'organe utérin, mais à l'accroissement d'épaisseur des

parois et à la dilatation simultanée des cavités, principalement de la cavité du corps.

« L'induration, qui est souvent peu marquée, et qu'il n'est loisible de saisir qu'avec une certaine attention, peut être portée assez loin pour donner au tissu utérin un caractère presque ligneux. A la coupe, ce tissu offre en général un aspect décoloré, mais il arrive souvent, cependant, qu'on trouve dans certains points une trace d'injection vasculaire encore très visible. Quelquefois, enfin, tout l'utérus a été trouvé vivement congestionné et cette congestion est généralement en rapport avec une dilatation des sinus veineux de l'organe et des *plexus veineux* qui sont situés sur ses parties latérales ».

Voilà, bien décrites par Aran, les relations entre la sclérose, la congestion et le varicocèle.

L'examen histologique complètera et confirmera ces constatations : à savoir la vascularisation excessive des parois utérines, l'hyperplasie des éléments fibreux et musculaires du parenchyme utérin. Les vaisseaux sont très largement dilatés : à travers la trame musculo-fibreuse de l'organe, on peut les suivre jusque dans leurs plus fines ramifications. Guérin a signalé des cas dans lesquels les vaisseaux, plus nombreux et plus larges qu'à l'état normal, formaient un véritable tissu angiomateux.

Le tissu fibreux est constitué par des fibres plus ou moins serrées, au milieu desquelles se rencontrent des cellules conjonctives peu nombreuses qui sont en voie d'atrophie, mais on n'y rencontre ni amas leucocytaires, ni traînées de lymphocytes, rien, en un mot, de ce qui caractérise un processus vraiment inflammatoire.

C'est, d'après de nombreuses observations que Hepp, dans sa thèse sur la sclérose utérine, parue en 1899, se basant sur ces faits, a pu démontrer la nature dystrophique de cette hypertrophie scléreuse.

Quelquefois, l'utérus hypertrophié est en même temps rétrofléchi ou rétroversé. Richelot considère d'ailleurs cette déviation comme une conséquence du névro-arthritisme.

L'utérus scléreux n'atteint pas toujours ces dimensions exagérément anormales qui résultent souvent d'un arrêt d'involution à la suite d'un accouchement ou bien sont une des complications des myomes.

Dans certains cas, et on a pu le voir sur des filles vierges qui n'avaient subi aucune atteinte infectieuse, la grosseur de l'utérus est restée normale, mais sa consistance est plus dure et plus ferme.

La muqueuse est le plus souvent épaissie, vascularisée à l'excès, mais on ne constate ni érosions, ni éversement du col, et l'examen microscopique permet de constater qu'il n'y a pas de processus inflammatoire. En même temps que la sclérose utérine, on rencontre presque toujours, mais non pas toujours, des altérations ovariennes. Les ovaires renferment de petits kystes folliculaires et semblent avoir subi la même dégénérescence scléreuse

Enfin, et c'est ce qui nous intéresse surtout, dans tous ces cas on constate l'état variqueux des vaisseaux utéro-ovariens, qui sont très distendus et très sinueux : en un mot, le varicocèle pelvien.

Les symptômes de la sclérose utérine sont à peu près semblables à ceux de la congestion utérine. Le col est gros et d'une couleur violacée. Mais nous reviendrons plus

tard sur toute cette symptomatologie qui souvent ne fait qu'une avec celle du varicocèle tubo-ovarien.

Les poussées congestives tendent, en général, à s'accroître jusqu'à la ménopause. Les accidents persistent, pendant la ménopause parfois, en subissant des périodes d'exacerbation au moment de la disparition du flux sanguin, tandis que le calme revient après le retour momentané des règles.

Les formes hémorragiques sont moins bruyantes, à symptômes moins nets, à phénomènes douloureux plus atténués. Mais elles sont plus dangereuses, car ces pertes de sang, que la malade appelle de tout cœur, puisqu'elles lui apportent le soulagement, finissent par l'anémier et la fatiguer d'une façon inquiétante. La malade va s'acheminer lentement vers l'épuisement nerveux et le marasme.

Quelquefois même, des hémorragies trop prononcées peuvent constituer un danger sérieux et nécessiter une intervention immédiate.

La ménopause établie, il faudra se méfier des pertes de sang, car on a signalé que le cancer pouvait s'observer dans ces utérus scléreux.

Le traitement du varicocèle pelvien, tel que nous le préconisons, aurait donc de très grands avantages, puisqu'il pourrait préserver de la sclérose utérine et de ses complications, s'il en est temps encore et si le diagnostic a pu être porté de bonne heure, en faisant cesser la congestion utérine.

L'utérus n'est pas seul intéressé dans le cas de varicocèle tubo-ovarien. Les ovaires peuvent aussi subir des modifications extrêmement importantes.

« Quand on connaît la richesse des plexus utéro-ova-

riens, a dit Siredey, les anastomoses qui unissent les vaisseaux de l'utérus à ceux des ovaires, et la vascularisation intense de ces glandes, il est difficile d'imaginer un processus congestif qui serait limité à l'utérus sans intéresser les ovaires. »

Pourtant, on ne trouve nulle part, dans les auteurs, la description de la congestion ovarienne. Autant la congestion utérine a soulevé de violentes et passionnées controverses, autant la congestion ovarienne a peu fait parler d'elle. Les symptômes de la congestion ovarienne se confondent d'ailleurs avec ceux de la congestion utérine : sensations de pesanteur dans la région lombaire, écoulement de sang par l'utérus, etc.

Il est donc à peu près impossible de distinguer une forme nette de congestion ovarienne. Elle existe évidemment, mais elle ne saurait être diagnostiquée à part que lorsqu'elle atteindrait une gravité exceptionnelle. A ce moment, ce ne seront plus de simples troubles passagers qui attireront l'attention, mais la congestion habituelle se compliquera de lésions définitives qui formeront la sclérose ovarienne.

La sclérose ovarienne est une affection fréquente, beaucoup plus fréquente que la congestion et qui mérite de retenir toute notre attention en raison des relations étroites qu'elle contracte avec le varicorèle tubo-ovarien. La sclérose ovarienne peut être unilatérale ou bilatérale.

On a remarqué une certaine prédisposition des lésions à se porter plus fréquemment du côté gauche. Nous verrons, en étudiant les causes qui peuvent donner lieu au varicocèle pelvien, que les varices pelviennes sont plus

fréquentes aussi du côté gauche et nous examinerons les raisons qui sont invoquées pour expliquer ce fait.

A l'inspection, l'ovaire scléreux peut être augmenté de volume d'une façon considérable ou bien avoir conservé ses dimensions primitives, ou enfin être diminué. A l'état normal, l'ovaire présente des sinuosités et de légères bosselures ; mais, dans l'état scléreux, sa surface est parsemée de petits kystes, de grosseur variable, transparents, se laissant facilement déchirer. Le contenu de ces kystes est un liquide clair et limpide. Entre ces vésicules, le contenu de l'ovaire est épaissi, dur, résistant sous le doigt.

Très souvent, la vascularisation de la glande est exagérée, mais, dans certains cas, on remarque au contraire une anémie marquée. Le cas est rare.

Si on fait une coupe de l'ovaire, on découvre une vascularisation excessive de la glande, telle qu'on peut la reconnaître à l'œil nu. De gros plexus veineux s'étalent au niveau du hile et pénètrent dans l'épaisseur du parenchyme. Les vaisseaux que l'on aperçoit dans l'intérieur de la glande sont beaucoup plus gros et plus distendus qu'à l'état normal.

Le parenchyme glandulaire est rempli de kystes d'autant plus nombreux qu'ils sont moins volumineux. Leur contenu est un liquide soit clair et limpide, soit rouge foncé.

Au microscope, on voit que les kystes à liquide clair, de beaucoup plus nombreux, sont constitués par des follicules de De Graaf, qui se sont développés en grand nombre, sans doute sous l'influence d'une violente congestion de la glande. La déhiscence ne s'étant pas produite, leurs élé-

ments ont subi peu à peu une dégénérescence plus ou moins rapide.

Les kystes à contenu rouge foncé sont le plus souvent des corps jaunes qui subissent, eux aussi, la dégénérescence kystique. Au lieu de sang, certains renferment une substance colloïde.

Tous ces kystes sont entourés de tissu fibreux dense, qui tend à se substituer peu à peu aux cellules du parenchyme.

Au niveau du hile, les vaisseaux sont très développés et très congestionnées. Les artères sont gonflées de sang : leurs parois sont épaissies et elles présentent des signes d'artérite, ainsi que l'a montré Quénu.

Les ovules, dans la région corticale, sont en nombre très variable. Sur certains points, ils semblent avoir disparu ; sur d'autres, ils sont aussi abondants qu'à l'état normal. Ils sont généralement atrésiés.

On a beaucoup discuté et de nombreuses théories ont été soutenues avec talent pour délimiter les rapports de la sclérose, de la dégénérescence kystique et de la congestion :

Couzette considère que le kyste représente la lésion initiale : la sclérose ne serait que la conséquence d'une irritation produite par le follicule distendu. La congestion n'y jouerait aucun rôle.

Paul Petit fait remarquer que la sclérose n'est pas exclusivement localisée à la périphérie des kystes, mais qu'elle est souvent diffuse. Il en conclut que sclérose et dégénérescence kystique se produisent ensemble, et il pense que toutes deux sont en rapports étroits avec la vascularisation anormale de l'ovaire.

Comme Paul Petit, la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question font jouer un grand rôle à la congestion dans l'étiologie de la sclérose et de la dégénérescence kystique de l'ovaire.

D'autres, pourtant, pensent qu'on méconnaît souvent, dans ces cas, une infection génitale qui aurait servi de point de départ à ce processus dégénératif.

La plupart des auteurs ont donc remarqué le rapport étroit existant entre la sclérose ovarienne à dégénérescence kystique, et la vascularisation exagérée et anormale.

Aussi s'est-on demandé si la congestion n'était pas la cause prépondérante. Si ceci était démontré, il faudrait distinguer une ovarite infectieuse et une ovarite sclérokystique à origine congestive.

Mais beaucoup pensent que la congestion ne pourrait pas être une cause suffisante et prétendent que, même chez des jeunes filles à passé sexuel absolument intact, il peut et il doit y avoir une porte d'entrée génitale à origine infectieuse.

Naturellement, ceci peut être vrai dans des cas de rétroflexion, car alors la cavité utérine distendue peut déterminer des phénomènes de rétention déterminant de l'infection.

On a vu aussi, et le cas n'est pas rare, l'ovarite sclérokystique coïncider avec l'appendicite. Et, comme on l'a très bien dit, « on serait tenté de rechercher un lien entre ces deux affections, mais la prédominance habituelle de la sclérose ovarienne à gauche ne permet guère de subordonner l'une à l'autre ».

Mais, le plus souvent, les symptômes de lésions ova-

riennes vont se manifester dès la puberté chez des jeunes filles qu'il est impossible de soupçonner. D'ailleurs, soit chez des jeunes filles, soit chez des jeunes femmes multipares, au cours d'opérations nécessitées par cette affection, il arrive très souvent de ne trouver aucune autre lésion, sinon, coïncidant avec la dégénérescence kystique des ovaires, une congestion intense des ovaires et des veines utéro-ovariennes.

D'où vient cette congestion ? Cette question est du plus haut intérêt, puisque sa solution nous expliquerait l'étiologie, non seulement des lésions utéro-ovariennes concomitantes, mais surtout du varicocèle tubo-ovarien dont l'étude fait le sujet de cette thèse.

Mais il est impossible de conclure : naturellement la congestion passive des ovaires, provenant d'un obstacle à la circulation veineuse, causé soit par un fibrome, soit par des kystes du parovaire, soit par diverses tumeurs pelviennes, peut causer la sclérose ovarienne et sa dégénérescence kystique.

Mais la dégénérescence kystique et la sclérose ovarienne se rencontrent en dehors de ces conditions : on l'observe chez des vierges authentiques.

C'est là non plus une congestion passive, mais une congestion active qui peut débuter, et le cas n'est pas rare, dès la puberté ; on ne la trouve pas chez des fillettes au-dessous de cet âge.

Quelles raisons n'ont pas été invoquées pour expliquer tout cela. Tout ce qui peut exagérer ou gêner la circulation pelvienne a trouvé créance : fatigue, usage de la bicyclette, équitation, usage de la machine à coudre à pédales, danse, etc.

Sans nier la part qui peut revenir à chacune de ces causes dans l'étiologie des affections qui nous occupent, il est impossible d'attribuer à l'une de ces causes une importance prédominante et essentielle. En effet, toutes ces causes se rencontrent plus ou moins chez la plupart des femmes et heureusement pourtant le varicocèle tubo-ovarien et la dégénérescence scléro-kystique ovarienne ne sont pas très fréquents.

Il semblerait plus rationnel d'incriminer les pratiques malthusiennes. En effet, les pratiques anticonceptionnelles sont des plus répandues actuellement. Les ménages qui ne veulent pas d'enfant sont malheureusement trop nombreux. De même, le développement de la culture littéraire, les petits romans répandus à bas prix, les petits journaux illustrés que chaque enfant peut se procurer, ont aussi contribué à développer chez les jeunes gens des excitations nerveuses trop précoces qui retentissent sur leur système génital. On pourrait, à ce sujet, essayer de comparer la fréquence de ces affections ovariennes primitives chez les jeunes filles du monde ou chez les ouvrières pour essayer de voir quel est le genre d'éducation qui serait le plus nuisible, mais ceci nous entraînerait trop loin.

Mais même ces causes ne sont pas absolument décisives : puisqu'en effet on rencontre la sclérose ovarienne chez des jeunes filles dont l'intégrité mentale, intellectuelle et sexuelle est absolue.

Donc, pour les lésions ovariennes comme pour les lésions utérines, ainsi que nous l'avons vu précédemment, il faut retenir ces causes comme possibles, mais non pas comme décisives.

Il serait peut-être plus rationnel d'invoquer les troubles dystrophiques. Plusieurs auteurs font jouer un grand rôle à la chlorose, mais surtout au névro-arthritisme. On a remarqué une corrélation entre la fréquence des affections utéro-ovariennes primitives dans la classe aisée et la fréquence de l'arthritisme dans cette même classe.

Nous reviendrons plus loin, d'ailleurs, sur la part qu'il faut attribuer à la diathèse névro-arthritique dans la production du varicocèle tubo-ovarien.

L'ovarite scléro-kystique a-t-elle une physionomie spéciale, distincte du varicocèle tubo-ovarien, distincte de la congestion ou de la sclérose utérine ?

Tous ces diagnostics sont des diagnostics délicats, reposant plus sur l'état général de la malade que sur un seul symptôme nettement accusé. Douleurs, dysménorrhée, ménorragies, état languissant et neurasthénique de la malade, feront penser à l'une ou à l'autre de ces affections, si souvent connexes. Mais il faut bien se se souvenir que l'ovarite scléro-kystique si fréquente au cours du varicocèle tubo-ovarien ne coexiste toujours pas avec lui. Nous pensons qu'elle n'en est qu'une conséquence plus ou moins éloignée, fatale et nécessaire peut-être si le diagnostic de varicocèle n'est pas porté et si aucune intervention n'est tentée, mais que peut prévenir et empêcher le traitement que nous préconisons et que nous allons exposer un peu plus loin.

Nous venons, dans les pages qui précèdent, d'essayer d'exposer quelles peuvent être les lésions de l'utérus et de l'ovaire dans le cas de varicocèle tubo-ovarien, et nous avons tenté de montrer que si les connexions qui existent entre les varices pelviennes et les affections diverses des

organes utéro-ovariens sont fréquentes, elles ne sont pas fatalement nécessaires.

Le varicocèle pelvien retentit forcément à la longue, soit sur l'utérus, soit sur l'ovaire ; mais si le diagnostic a été porté de bonne heure, la laparotomie montre l'intégrité des annexes. Naturellement si des lésions utérines ou ovariennes ont été primitives, la dilatation veineuse a pu se produire ensuite, mais il faudrait prouver que cette dilatation est vraiment un varicocèle, c'est-à-dire une altération pathologique des parois veineuses. Nous ne nous en occuperons pas.

Examinons les lésions des veines tubo-ovariennes dans le cas de véritable varicocèle tubo-ovarien. Ces lésions sont celles de toutes les varices. Elles ne présentent rien de particulier.

Devalz, *in* Thèse, cite le cas d'une malade de Parmentier, à l'autopsie de laquelle les veines furent trouvées noueuses, tortueuses, dilatées, ayant à certains endroits le volume d'une plume à écrire.

Les lésions vues par Devalz le sont journellement aujourd'hui sur la table d'autopsie : les veines flexueuses sillonnent en tous sens le ligament large et il n'est pas rare d'en trouver qui présentent le volume du petit doigt. Nous avons eu l'occasion d'avoir en mains une pièce provenant d'une hystérectomie totale et sur laquelle certaines dilatations de veines tubo-ovarienens présentaient un centimètre de diamètre.

Il n'est pas étonnant, dès lors, que la rupture de telles varices puisse entraîner de fort dangereuses hémorragies.

A la coupe, ces veines, plus flexueuses qu'à l'état normal, restent largement dilatées, soit vides, soit gorgées

de sang. Elles sont plongées au milieu d'un tissu conjonctif fibreux, parcouru par de nombreux faisceaux musculaires lisses. Les veines sont souvent en voie de sclérose et se fondent même, en certains points, avec le tissu conjonctif ambiant.

Les parois des veines sont, dans l'ensemble, très épaissies. L'endothélium a disparu et on peut souvent remarquer, adhérant aux parois veineuses, des caillots fibrineux en voie d'organisation.

Il est inutile d'insister plus longuement sur ces lésions variqueuses. Comme celles de toutes varices, elles consistent, en résumé, en une dilatation permanente avec épaississement conjonctif des parois.

Quelle est maintenant la pathogénie et quelles causes peuvent produire le varicocèle tubo-ovarien?

On peut distinguer deux variétés de varicocèle pelvien:

1° L'une accompagnant un tumeur pelvienne, telle que fibrome ou une lésion telle qu'un prolapsus ou une affection de l'utérus ou de l'ovaire, et n'étant, somme toute, qu'un épiphénomène dont l'importance s'efface devant celle de l'affection primitive ;

2° L'autre constituant la lésion principale et primitive.

On peut ne pas s'occuper ici de la première variété. Nous avons suffisamment insisté, dans les pages précédentes, sur tous les rapports pouvant exister entre les affections des organes du petit bassin.

Nous pouvons distinguer, en trois classes, les causes qui, suivant les théories des différents auteurs qui se sont occupés de la question, ont été assignées à la production du varicocèle pelvien ;

1° Mécaniques ;
2° Infectieuses ;
3° Constitutionnelles.

Comme causes mécaniques, on a incriminé l'insuffisance de suspension des veines du ligament large et nous devons retenir cette cause, d'ailleurs très logique, parce que notre traitement permet de la supprimer.

On a invoqué aussi l'augmentation de volume et de longueur de ces veines pendant la grossesse, la constipation si fréquente chez les femmes, les déplacements utérins, l'absence de valvules veineuses, la faiblesse des parois vasculaires.

On a encore mis en cause l'érectilité de l'utérus qui, pendant la contraction musculaire qui précède l'érection, provoque le ralentissement et l'obstruction du courant veineux.

Le port du corset, l'habitude qu'ont certaines femmes de porter des fardeaux sur le ventre joueraient aussi le rôle de causes mécaniques.

De même, la congestion ou la sclérose utéro-ovarienne favorisent la stase veineuse et, par là, prédisposent au varicocèle pelvien. Mais, comme nous l'avons vu tout à l'heure, il faut bien plutôt croire que c'est le contraire qui se passe le plus souvent et que la sclérose utéro-ovarienne n'est que la conséquence du varicocèle.

Citons encore comme causes ayant été invoquées le passage de la veine utéro-ovarienne gauche sous l'S iliaque et son aboutissement à angle droit dans la veine rénale.

Rebaudi, en 1908, se basant sur deux observations, pense que le coït incomplet pratiqué pendant des années

serait cause de congestions pathologiques du muscle utérin. Et il estime que ces congestions seraient elles-mêmes causes du processus angio-scléreux envahissant les veines utéro-ovariennes.

Toutes les causes capables de produire la congestion, telles que l'ovulation, les émotions vives, le coït, les excitations intellectuelles et nerveuses, en favorisant l'érethisme de l'utérus, pouvaient jouer un rôle dans la production du varicocèle pelvien.

Et si l'on admet « que la femme est un utérus servi par des organes », toutes les causes possibles seraient capables de favoriser cette production.

Mais à côté de ces causes mécaniques, dont plusieurs méritent quelque créance, il semble bien aujourd'hui qu'il faille reconnaître aussi des causes infectieuses.

Roussan, dans sa Thèse parue en 1892, s'appuyant sur l'autorité de M. Petit, pense que le varicocèle pelvien n'est pas étranger à la production de certaines métrites parenchymateuses qui, d'après lui, ne sont peut-être pas des métrites vraies, mais des états inflammatoires mal connus.

Or, ces états inflammatoires mal connus qu'on attribuait au varicocèle, ne pouvaient-ils pas être plutôt et plus souvent la cause que le résultat ? Il n'y a pas, en effet, que les infections microbiennes manifestes, par exemple, à la suite d'un accouchement septique ou d'une infection gendoccique, pour léser la matrice. On a souvent signalé des inflammations utérines produites par la dothiénenterie, la fièvre paludéenne, la syphilis ou se manifestant à la suite d'affections hépatiques, rénales ou cardiaques.

Albert Robin, dans ses « Leçons Cliniques », a exposé l'influence qu'exercent les perturbations de l'organisme sur l'utérus et sur ses annexes.

Enfin, une cause très fréquente et qui mérite de retenir toute notre attention serait la diathèse névro-arthritique.

Richelot lui rattache non seulement la production des phénomènes douloureux, des hémorragies, mais encore certaines altérations persistantes de parenchyme utérin qu'il considère comme des dystrophies scléreuses d'origine arthritique.

En résumé, les trois classes de causes que nous venons d'énumérer : mécaniques, infectieuses, constitutionnelles, agissent surtout par la congestion qu'elles provoquent.

Pourtant, il semble bien que dans des cas de dothiénenterie, de variole, de rhumatisme, il y ait autre chose qu'une poussée congestive.

Pichevin et Petit en 1896, Paul Petit en 1898, ont décrit des altérations vasculaires : artérites et phlébites, consécutives à la fièvre typhoïde et provoquant des métrorragies rebelles.

De même, Ozenne, en 1898, rapporte plusieurs observations où il a rencontré, au cours de la syphilis, des lésions vasculaires et des dégénérescences scléro-kystiques ovariennes.

De même les altérations des parois vasculaires sont très fréquentes chez les arthritiques, et la sclérose précoce des veines a pour conséquence l'état variqueux. Ces malades, ayant un système nerveux très impressionnable, sont sujets à des réactions accentuées du côté du système vaso-moteur, sous l'influence des causes les plus variées.

M. Faure pense qu'on peut en rapprocher les fluxions hémorrhoïdaires des goutteux, les crises de congestion pulmonaire qu'ils présentent, les congestions pharyngées, laryngées et les poussées d'hyperémie qui se produisent si souvent du côté de la face chez ces mêmes malades.

C'est dans cette grande classe de névro-arthritiques qu'il convient de ranger les malades jeunes ou vierges qui n'ont eu ni grossesse, ni tumeur pelvienne, ni infection quelconque et qui, pourtant, présentent tous les symptômes du varicocèle tubo-ovarien.

On avait bien incriminé à cette occasion, la fatigue, la station debout, les excitations sexuelles précoces, les travaux intellectuels exagérés ; mais on rencontre le varicocèle et les lésions utéro-ovariennes chez des jeunes filles qui n'ont été soumises à l'influence d'aucune de ces causes.

Il est rationnel, dans ce cas, de faire la plus grande place à la diathèse névro-arthritique.

De cette étude portant sur la pathogénie et l'anatomie pathologique du varicocèle tubo-ovarien et sur les rapports qu'il y a entre cette affection et les lésions de l'utérus et de l'ovaire, que conclure ?

D'abord, qu'il ne faut pas faire jouer à la dégénérescence scléro-kystique ovarienne le rôle déterminant dans la production du varicocèle pelvien. Il existe sans lésions ovariennes : le fait est patent. Et non seulement il existe sans ces lésions, mais, le plus souvent, ce sont ces lésions qui lui font suite. Et l'on peut donc conclure que le varicocèle est une affection distincte des autres affections des organes avoisinants, mais pouvant retentir et y arrivant

si le traitement n'est pas pratiqué à temps, sur l'utérus et sur l'ovaire.

Pourtant, en l'état actuel de la question, il ne faut pas être trop catégorique et refuser toute influence néfaste à l'utérus ou à l'ovaire. On pourrait appliquer de nouveau à ces organes une phrase connue, et dire qu'entre eux il y a échange de mauvais procédés.

Au point de vue de la pathogénie, il ne faudra pas, non plus, se hâter de conclure. Il est fort probable que, dans la plupart des cas, il faudra incriminer la diathèse névro-arthritique, mais il ne faudra pas oublier les autres causes. Si petite que soit leur influence, elle peut pourtant être réelle et l'influence de sustension des veines par le ligament distendu n'est pas à rejeter.

En tous cas, l'étude que nous avons faite dans ce chapitre nous permet de croire que c'est au varicocèle que sont attribuables les lésions utéro-ovariennes et, par conséquent, que la suppression de la cause supprimerait les effets possibles.

Et le traitement que nous exposerons plus loin est basé sur ces faits.

Symptomatologie et Diagnostic

Roussan, en 1892, se faisant l'interprète de tous ceux qui se sont occupés du varicocèle tubo-ovarien, écrivait : « En réalité, le varicocèle féminin est une affection qui ne se diagnostique pas d'une façon précise. » Et, plus loin : « Il n'y a pas, à proprement parler, de signe caractéristique de varicocèle pelvien. »

Cette symptomatologie, plutôt hésitante, ne s'est pas beaucoup affermie jusqu'à nous. Le varicocèle tubo-ovarien reste une affection fort délicate à diagnostiquer à coup sûr.

Devalz signalait comme troubles subjectifs une constante sensation de pesanteur dans le petit bassin, qui ferait place, au moment des règles, à de vives douleurs surtout marquées à gauche, avec irradiations du côté des lombes et des aînes.

Devalz affirmait bien aussi qu'au toucher on pouvait reconnaître une tumeur à caractères analogues à ceux du varicocèle chez l'homme ; mais le Dr Coë, après un grand nombre d'examens pratiqués sur des malades même anesthésiés, déclare n'avoir pas ressenti de sensations bien nettes.

Dudley signale comme un des symptômes dominants du varicocèle pelvien, une douleur vive, lancinante, parfois particulièrement intense, au niveau des reins. Le repos au lit la ferait disparaître, mais la moindre fatigue la renouvellerait. Dudley signale en même temps la profonde fatigue morale et la dépression nerveuse que subit la malade.

Legros, *in* Thèse passée à Paris en 1902, sur les varices pré et sus-pelviennes, émet l'opinion que ces varices, bien développées, pourraient témoigner d'une dilatation anormale des veines du plexus utéro-ovarien.

Camuset, *in* Thèse soutenue à Lyon en 1908, énumère trois principaux symptômes du varicocèle :

1° Douleurs vives, lancinantes, rayonnant vers les reins ;

2° Règles irrégulières, douloureuses, quelquefois métrorragies ;

3° Avortement fréquent.

Le même auteur ne reconnaît pas grande valeur aux signes physiques. Sur sept observations qu'il relate, l'existence d'une tumeur molle et pâteuse n'a pu être constatée qu'une seule fois.

MM. Michel et Bichat ont constaté des douleurs névralgiques nettement localisées d'un côté. Ces douleurs étaient très vives au moment des règles, surtout avant. Les règles étaient irrégulières, rapprochées, abondantes. Les signes physiques étaient très peu caractéristiques.

Quelquefois, le toucher permet de constater l'existence de phlébolithes. Czerwenka, en 1903, rapporte l'observation d'une malade chez qui il constata, par le toucher, des

nodosités le long du tiers supérieur du vagin et sur les côtés du col utérin.

Dans beaucoup de cas, ce n'est pas une perte de sang qui attirera l'attention : ce sera plutôt l'exagération de l'intensité du syndrome menstruel. Les sensations de fatigue, de pesanteur, se transforment en de véritables douleurs, tantôt sourdes et prolongées, tantôt aiguës et lancinantes.

On observera quelquefois, en même temps, du ténesme vésical, de fréquents besoins d'aller à la selle.

On peut observer aussi des douleurs du côté de l'abdomen qui peuvent faire errer le diagnostic et faire penser à des lésions des annexes ou du péritoine. Mais, en général, les accidents ont moins de violence. La malade se plaindra de tiraillements dans la région lombaire, de pesanteur insupportable dans la région pelvienne, de fatigue et de douleurs lors de la marche.

Ces malaises retentissent forcément sur tout le système nerveux de la femme, qu'il accusera une dépression morale et physique considérable. Malade perpétuelle, à peine soulagée par le repos au lit, s'exagérant encore la gravité de son état, elle traîne une vie languissante et insupportable, tourmentée sans répit par des malaises qui lui rappellent à chaque instant sa malheureuse situation.

A ces phénomènes, s'ajoute souvent de la leucorrhée due à une hypersécrétion glandulaire en rapport avec la vascularisation excessive de l'utérus. Les pertes sont constituées par des mucosités filantes, claires, transparentes ou teintées de sang, mais n'ayant ni l'abondance ni l'aspect louche, purulent, que l'on observe dans le catarrhe utérin.

L'examen au spéculum montre la turgescence du col utérin, sa coloration violacée ou rouge foncé.

La vulve est généralement violacée ; ses veines sont dilatées en même temps que l'on observe fréquemment, à la région anale, des hémorrhoïdes. Souvent même, cette hypérémie se manifeste bien au delà du bassin : il arrive fréquemment que l'on rencontre des varices aux membres inférieurs.

Les douleurs ont une période d'acmé très variable : elles précèdent habituellement les règles de trois au quatre jours, mais quelquefois apparaissent beaucoup plus tôt. Ces phénomènes congestifs augmentent en général progressivement : les douleurs, de plus en plus vives, engendrent un état de malaise de plus en plus pénible qui s'atténuera dès que le sang s'écoulera franchement.

Quelquefois, le sang s'écoulera à flots dès le début ; d'autres fois, l'écoulement menstruel dépassera de beaucoup sa durée normale ; on a même observé parfois un écoulement ininterrompu, qui réunissait les périodes menstruelles.

La malade présentera très fréquemment, en même temps, des désordres multiples, avec des manifestations arthritiques ou avec des phénomènes nerveux.

Elle présentera de la dyspepsie, de l'entérite, des ptoses diverses, des migraines et, très souvent, de la neurasthénie. Dans ces cas, il sera souvent difficile de discerner la part qui revient à l'une ou à l'autre de ces affections.

Tous ces symptômes sont, en résumé, peu nets. Que de femmes souffrent de migraines, de dyspepsie, d'entérite et qui sont absolument indemnes de varicocèle tubo-ovarien. Ce sont des éléments de diagnostic qu'il ne faut pas

trop prendre au sérieux, et il est évident qu'il ne saurait être question d'effectuer une laparotomie sur une femme qui ne présenterait qu'un ou deux de ces symptômes.

Leur réunion ou la réunion de plusieurs des plus importants de ces symptômes peut évidemment devenir un signe de probabilité, mais le diagnostic de varicocèle tubo-ovarien ne saurait être posé avec certitude que si on pouvait sentir nettement une tumeur mollasse ou bien, par le palper combiné au toucher, trouver une zone empâtée qui serait la partie supérieure du ligament large distendue par les veines dilatées quoique, dans ce cas encore, comme on l'a justement fait remarquer, cette sensation puisse être donnée par la trompe atteinte de périsalpingite avec œdème périsalpingien.

Mais, comme nous l'avons dit, cette sensation manque malheureusement très souvent. Ce signe qui, seul, pourrait donner le véritable symptôme certain, est des plus inconstants.

Ecoutons Coë : « J'ai pourtant, dit-il, maintes fois isolé sous le doigt l'aileron de la trompe, la trompe, le ligament de l'ovaire, le ligament rond et les artères ovariennes. Souvent, sur le vivant et sur le cadavre, j'ai saisi, entre le pouce et l'index, des veines du ligament large, alors qu'elles étaient énormément dilatées, et elles m'ont toujours donné la sensation d'une masse mal définie, plutôt que celle d'un faisceau de cordes. Quant aux symptômes donnés comme caractéristiques par Dudley, ils sont, en vérité, communs à tous les désordres du petit bassin. Les veines du ligament large étant beaucoup moins sujettes à l'action de la pesanteur que celles du cordon, j'ai peine à

comprendre la variation des symptômes du fait de la position. »

En résumé, nous sommes donc forcé de conclure que le varicocèle tubo-ovarien est une affection à diagnostic certain et distinct délicat à établir, à laquelle il faut songer souvent, mais qu'il est difficile de reconnaître avec certitude absolue.

Il faudra que le praticien se base beaucoup sur l'état général de la malade, et si celui-ci est grave et qu'on ait des présomptions sur la possibilité d'un varicocèle tubo-ovarien, effectuer une laparotomie exploratrice qui, le plus souvent, montrera le bien-fondé du diagnostic.

Des différents Modes de Traitement du Varicocèle pelvien

Avant le mémoire de Dudley, paru en 1888, le varicocèle pelvien, malgré l'étude de Richet et la thèse de Devalz, était une affection fort obscure, dont le diagnostic était très rarement fait et dont la symptomatologie se confondait avec celle des affections utéro-ovariennes.

Aussi, ne lui assignait-on pas de traitement, tout au moins chirurgical.

Le traitement médical, dont on peut se servir maintenant encore dans certains cas, agit quelquefois assez bien. Mais il ne faut pas lui accorder grande confiance, car son action a pour effet beaucoup plus de calmer les douleurs que de guérir, et son emploi exclusif pourrait réserver de bien fâcheuses surprises.

En effet, le varicocèle pelvien aboutit presque fatalement à la dégénérescence scléro-kystique ovarienne, et le traitement médical, s'il arrive bien à calmer les principaux malaises et à apaiser pour un moment l'orage, ne peut pas faire, quoi qu'on en dise, rétrocéder les lésions variqueuses déjà existantes.

Par conséquent, son emploi sera de préférence réservé aux cas peu graves, aux cas de début, ou bien aux cas de troubles utéro-ovariens inexpliqués tant que le diagnostic de varicocèle n'est pas posé avec certitude.

Mais, il faut bien le répéter, il est illusoire d'attendre de lui la guérison complète et définitive.

Comme nous pensons que le varicocèle pelvien est, dans la plupart des cas, d'orgine névro-arthritique, il sera indiqué de s'attaquer d'abord à la diathèse.

Le régime alimentaire peut avoir une importance plus considérable que celle qu'on serait tenté de lui attribuer. Il faudra interdire à la malade les repas trop nombreux ou trop abondants, l'usage des épices, l'abus du vin, des liqueurs, en général de toutes les boissons alcoolisées.

La femme étant souvent constipée, il faudra veiller à éviter la coprostase. Des lavements ou de légers purgatifs atteindront ce résultat. Le corset ne devra pas comprimer les organes abdominaux de façon à pouvoir gêner la circulation. Le séjour au bord de la mer ou à une altitude excessive sera aussi à déconseiller. La marche, les sports, en général tout ce qui peut être l'occasion d'une fatigue, sera à éviter. On interdira les longues courses à bicyclette, en voiture, en automobile, les voyages trop fréquents ou trop prolongés en chemin de fer, la danse, l'équitation.

Il faut pourtant ne pas exagérer. La malade soumise au repos complet peut voir les manifestations de sa diathèse névro-arthritique augmenter, une obésité de mauvais aloi se développer et surtout la constipation devenir irréductible. Une promenade journalière, peu fatigante, est, au contraire, favorable. Chez certaines fem-

mes, les massages généraux aideront à régulariser la circulation et stimuleront la diurèse.

L'action des diverses eaux minérales peut être d'un certain secours. Le régime dichloruré a réussi dans quelques cas : on pourra tenter de temps en temps une cure de déchloruration.

Robin et Dalché, dans leur « Traitement de Métrite », conseillent, dans le cas qui nous occupe, l'usage des eaux thermales : les eaux chaudes de Néris, Plombières, Bourbonne conviennent aux formes douloureuses. Chez les malades à système nerveux épuisé par la neurasthénie, on pourra essayer les eaux sulfureuses faibles, telles que: Saint-Sauveur, Cauterets, Bagnères-de-Bigorre.

Pour les malades chez qui on soupçonne la diathèse névro-arthritique, on conseillera des eaux diurétiques comme Vittel, Contrexéville, Martigny.

Le traitement général n'étant pas suffisant, on pourra avoir recours aussi au traitement local.

En premier lieu, il faut citer les injections vaginales que la malade prendra couchée, à l'aide de la douche d'Esmarck, avec canule en verre. On fera aussi des injections rectales pour lesquelles on pourra se servir du même appareil, en y ajoutant une canule à entéroclyse. On se servira d'eau ordinaire bouillie à la température de 45° environ. On fera ces injections tous les deux ou trois jours, plus souvent si les douleurs violentes le rendent nécessaire.

Si quelques symptômes annoncent le début des congestions, ou si elles sont liées à la période menstruelle, on pourra recourir à certains médicaments qui ont la réputation d'agir sur l'étoffe veineuse. On pourra prescrire :

Teinture d'hamamélis virginica
Teinture d'hydrastis canadensis } ââ 10 grammes.
Teinture de Viburnum

à prendre 15 à 18 gouttes dans de l'eau sucrée à chaque repas.

Mais il est regrettable que cette préparation ait un effet souvent inconstant et surtout qu'elle fatigue rapidement l'estomac.

Pendant la période pré-menstruelle, on pourra recourir à des pansements locaux, soit à des ovules glycérinés à base de tanin, d'iodure de potassium, d'ichtyol, de thigénol, que la malade peut appliquer elle-même. Le médecin peut aussi essayer des pansements constitués par des tampons d'ouate hydrophile, ou mieux de gaze stérilisée, que l'on peut imbiber de préparations variées telles que glycérine, tanin, borate de soude, etc.

Il se rencontre d'ailleurs de nombreuses malades qui ne peuvent supporter aucun de ces pansements.

En tous cas, plusieurs médecins attribuent une grande importance à l'emploi de ces tampons glycérinés, à la suite de Galland qui pensait que, par leur influence exosmotique, ces tampons constituaient une véritable saignée blanche.

On pourra prescrire, pour calmer les douleurs, des onctions calmantes sur le ventre, avec un liniment au chloral et laudanum, des pansements humides chauds, des lavements laudanisés, Dans le cas d'hémorragies, le repos au lit sera de rigueur ; on emploiera, en outre, les injections d'eau bouillie très chaude.

Le traitement médical que nous venons d'indiquer avec les différentes variantes ou additions qu'il a subies jusqu'à

nos jours, ne nous paraît être qu'un traitement d'attente, un pis-aller si la malade refuse toute intervention chirurgicale. Il faut se souvenir qu'il ne peut pas apporter la guérison, mais lui conserver son rôle de soulagement ou d'adjuvant ; il contribuera à relever l'état général de la malade, mais il laissera toujours possible l'éventualité d'une dégénérescence scléro-kystique ovarienne, car il ne peut pas guérir le varicocèle tubo-ovarien.

Donc, si les douleurs sont très intenses et peu améliorées par le traitement médical, s'il existe des désordres nerveux graves, surtout si des hémorragies surviennent, le traitement chirurgical est le seul à employer, le seul qui puisse guérir la malade.

Jusqu'alors, le traitement chirurgical du varicocèle pouvait être de deux sortes : soit conservateur, soit radical. Dans le premier cas, on se contentait de reséquer purement et simplement les paquets variqueux, sans toucher ni aux ovaires ni à l'utérus.

Dans le second cas, on pratiquait la castration.

Nous nous permettons de citer l'observation de M. H. Violet, parue dans la *Gazette des Hôpitaux*, le 18 avril 1907. Elle est le type d'une opération conservatrice :

OBSERVATION

de M. H. Violet (résumée).

Malade de vingt-trois ans. Mariée depuis quatre ans et demi ; a eu une fausse couche il y a trois ans, un enfant il y a deux ans.

Premier séjour à la clinique gynécologique de la Charité, pour rétroversion, qui fut corrigée à l'hystéromètre et maintenue par un pessaire après huit jours de columnisation.

Trois mois après, la malade revient ; elle n'a obtenu aucune amélioration. Elle souffre toujours des reins, du creux de l'estomac et du bas-ventre ; elle ne peut travailler. Elle souffre autant la nuit que le jour, autant couchée que debout. Envies de vomir très fréquentes, état nauséeux constant l'empêchant de manger. Pas de constipation ; selles régulières, quotidiennes, sans glaires ni fausses membranes. La malade pèse actuellement 40 kilogrammes ; elle a maigri de 12 kilogrammes en huit mois.

A l'examen, femme fluette, à ventre plat, facilement dépressible. Aucune tumeur, aucun empâtement de l'abdomen. La douleur, à la pression, est surtout vive à la région épigastrique, sur la largeur d'une paume de main à partir de l'ombilic. Il s'agit d'une douleur profonde, et ce n'est point le pincement de la peau qui est douloureux. Pas de douleur à l'hypogastre.

Examen gynécologique. — Vulve étroite. Col légèrement déchiré sur son côté droit et dirigé en avant ; utérus en rétroversion par dessus le pessaire qui, déplacé, avait sa concavité dans le Douglas, au lieu de sa convexité.

L'exploration du reste de l'abdomen étant négative, on attribua les symptômes accusés par la malade à la rétroversion non réduite. Nouvelle réduction, qui fut parfaitement maintenue par un pessaire de Smith, mais sans amélioration. La malade, mise en observation, a toujours des vomissements aqueux et accuse les mêmes douleurs.

Un interrogatoire plus précis ne révèle aucun signe d'ulcus gastrique, rien du côté du foie ou de la vésicule. Les suites de la fausse couche signalée avaient bien été pathologiques, mais rien de bien grave n'en était résulté au point de vue fonctionnel, puisqu'elle était redevenue enceinte un an après. Les règles étaient restées douloureuses, un peu abondantes, durant six à sept jours.

Devant ces phénomènes, que rien d'objectif ne permettait d'expliquer, on pense à la névropathie. Les réflexes, examinés avec soin, étaient intacts ; aucune zone d'anesthésie cutanée.

Opération. — On fait une laparotomie sous-ombilicale, qui montre sur le tiers supérieur de la ligne d'incision, tout

autour de l'ombilic, sur la largeur d'une paume de main, des adhérences épiploïques fines et grêles. On les libère par dissociation ou section entre deux ligatures, et on peut explorer la portion supérieure de l'abdomen, qui ne révèle rien d'anormal.

L'incision du péritoine, agrandie vers le bas, montre l'S iliaque rouge, distendue par des gaz. On aperçoit, à la base de l'éventail constitué par le méso-sigmoïde, des brides qui augmentaient la convexité de l'arc décrit par cette portion d'intestin. Ces brides, qui n'occupaient que la face inférieure juxta-ovarienne du méso iliaque, furent sectionnées sur une certaine étendue.

L'examen des organes pelviens permit de constater que l'utérus était sans adhérences, les annexes étaient saines ; il existait, surtout du côté gauche, une dilatation considérable des veines utéro-ovariennes, et dans l'aileron supérieur du ligament large, un véritable varicocèle tubo-ovarien, dont toutes les veines constituantes furent reséquées après ligature particulière de chacune d'elles.

On termina par une fixation de l'utérus rétrofléchi, à l'aide d'un fil de soie passé à l'origine utérine des ligaments ronds, suivant la technique de Carl Beck-Olshausen.

Suites opératoires. — Simples. Opérée le 23 août, la malade se levait le treizième jour et partait le 12 septembre. L'appétit ne tarda pas à reparaître, si bien que le 15 octobre, elle avait déjà repris 3 kilogrammes, et elle pouvait faire son ouvrage sans peine.

On voit dans cette observation que l'examen de la malade, au cours de la laparotomie, permit de constater que les annexes étaient parfaitement saines, de même que l'utérus était sans lésions infectieuses, ce qui prouve bien que le varicocèle tubo-ovarien peut parfaitement être primitif.

L'opération conservatrice est extrêmement rationnelle puisque, le varicocèle enlevé, il y a bien des chances pour

que l'orage s'apaise et qu'aucune lésion ne se manifeste du côté de l'utérus ou de l'ovaire.

Mais cette opération, telle qu'elle était pratiquée, ne présentait pas tous les avantages et toutes les chances de succès qu'apporte la nouvelle méthode que nous avons l'honneur de présenter d'après les indications de M. le professeur agrégé Sencert.

Naturellement, si l'utérus et les ovaires sont déjà atteints gravement, l'opération conservatrice n'a pas son indication, puisqu'elle ne saurait rendre l'intégrité aux organes gravement lésés ; dans ce cas, l'hystérectomie avec castration s'impose.

Nous empruntons à la thèse de M. Camuset l'observation suivante, type de ce traitement radical :

OBSERVATION publiée en 1909

(Recueillie par M. Leriche dans le service de M. le professeur Poncet).

Mme C..., vingt-huit ans, n'a jamais été malade. Elle a eu trois enfants bien portants, sans la moindre suite de couches pathologique. L'an dernier, nouvelle grossesse immédiatement très douloureuse, accompagnée de tension pénible dans les reins et de pertes rouges très abondantes. Dès les premiers mois, elle se mit au repos presque absolu, passant la plus grande partie de la journée au lit. A différentes reprises, elle eut des coliques utérines suivies de pertes, qui firent croire chaque fois à un avortement en train de se faire, mais, au bout de quelques heures, les douleurs s'arrêtaient, les pertes diminuaient de quantité et tout paraissait être rentré dans l'ordre.

Malgré de très grandes précautions imposées par ces divers accidents, la malade avorta à cinq mois ; le placenta et l'œuf ne présentaient aucune particularité. Les suites de cet avortement furent simples ; elle put reprendre rapide-

ment sa vie habituelle, mais elle conservait des douleurs lombaires assez violentes, au lit, quelquefois. De plus, les règles, pendant quatre ou cinq jours, étaient très pénibles.

Au mois de février 1908, nouvelle grossesse qui, dès le deuxième mois, se manifeste par des symptômes identiques à ceux de l'année précédente. La malade entre à ce moment dans le service de M. Poncet. L'utérus de trois mois est en bonne position : le toucher vaginal et le palper abdominal ne révèlent rien de spécial, et la malade est mise au repos. Pendant tout le cours des troisième, quatrième et cinquième mois, la malade resta continuellement en surveillance dans le service, avec des alertes perpétuelles. Chaque fois, les choses se passaient de la façon suivante : début par des douleurs lombaires, coliques utérines, pertes sanglantes, utérus dur et douloureux. Sous l'influence du laudanum, de la morphine et des cataplasmes chauds, on arrivait, au bout de vingt-quatre heures, à enrayer les accidents. Vers le milieu de mai, c'est-à-dire dans le courant du cinquième mois, on commençait à espérer que la grossesse irait jusqu'au terme, lorsque la malade fut prise de douleurs plus violentes, d'une hémorragie assez considérable, qui s'accompagna de l'expulsion d'un fœtus bien constitué et de membranes absolument normales.

Bien qu'assez anémiée par une perte sanguine considérable, la malade eut des suites très simples et partit peu après en convalescence avec l'intention bien arrêtée de venir au bout de deux mois se faire examiner. On pensait à ce moment à la possibilité d'un petit fibrome interstitiel ou sous-muqueux.

Le 10 septembre, la malade rentre dans le service de M. Poncet. Elle est examinée très soigneusement. C'est une femme robuste, bien constituée, n'ayant pas de varices ni de varicosités ; le ventre est souple et indolore. La malade se plaint cependant de douleurs extrêmement violentes dans les reins, survenant assez irrégulièrement, surtout le soir. Les dernières règles sont venues il y a dix jours ; elles ont été douloureuses et abondantes.

Le toucher vaginal montre un col normal, l'utérus en bonne position, un peu volumineux, nullement fixé, les annexes non

douloureuses. Malgré ces signes quasi-négatifs, la malade insistant pour qu'on la soulage, on lui propose une laparotomie, qui est immédiatement acceptée.

Opération. — Laparotomie sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on aperçoit à gauche, contre le méso-colon pelvien, une masse grosse comme une mandarine, bleutée, qui fait penser immédiatement à un kyste à paroi mince. En la prenant entre les doigts pour l'examiner, on voit qu'elle est formée par un très gros paquet de veines dilatées, qui remonte dans le péritoine en haut, qui, en bas, aboutit à la trompe et à l'ovaire. Bref, il s'agit d'un varicocèle tubo-ovarien énorme et d'une netteté aussi parfaite qu'on pouvait le souhaiter. Du côté droit, les veines sont également très dilatées et flexueuses, mais beaucoup moins volumineuses. L'utérus, augmenté de volume, est très mou et se laisse déchirer très facilement. Pour l'attirer au dehors, on met une pince qui fait une déchirure sur le fond. On pratique l'hystérectomie subtotale, avec castration bilatérale, en liant isolément des veines artérialisées du pédicule utérin et du pédicule tubo-ovarien. Du côté gauche, à la section, une des veines écrasées par la ligature reste béante à la coupe et offre le calibre du petit doigt.

Le ventre est refermé à trois plans.

La pièce montre un utérus très mou. A la coupe, les veines interstitielles extrêmement nombreuses, béantes, et une muqueuse de 7 à 8 millimètres d'épaisseur, rouge, nullement fongueuse. Les trompes sont normales, les ovaires présentent, en outre d'un corps jaune récent, de nombreux petits kystes. Les veines artérialisées du pédicule ont leurs parois très épaissies ; elles restent béantes à la coupe et ont le calibre d'une humérale ou d'une fémorale.

Examen histologique. — Sur les coupes pratiquées au niveau du ligament utéro-ovarien et perpendiculairement à lui, on voit la trompe entourée d'un gros paquet de veines dilatées. Sur les coupes macroscopiques, ces veines ne s'affaissent pas et restent dilatées. La trompe est le siège de lésions inflammatoires diffuses, prédominantes dans la sous-muqueuse et aboutissant, par places, à la formation de petits abcès miliaires ; on voit d'assez nombreux polynucléaires.

Quant aux veines, leurs parois sont, dans l'ensemble, assez épaisses ; elles sont constituées par du tissu conjonctif à tendance fibreuse. Nulle part on ne voit de fibres musculaires ; l'endothélium a disparu, et çà et là, adhérant aux parois des veines, on voit des caillots fibrineux en voie d'organisation. On reconnaît également, par endroits, des traces d'inflammation sous forme d'amas leucocytaires, mais n'aboutissant nulle part à la formation d'abcès miliaires.

Suites opératoires. — Apyrétiques. Au bout de quinze jours, au moment où la malade est autorisée à se lever pour la première fois, elle accuse des douleurs pelviennes, et, le soir, sa température monte à 38° 2. Au toucher, on trouve une masse dure, douloureuse et grosse comme un œuf, à droite du col. Au vingtième jour, la température persistant, on fait une incision du cul-de-sac postérieur qui mène sur une masse inflammatoire, ayant une goutte de pus à son centre, et qu'on draîne. La température tombe, et, quinze jours après, la malade pouvait partir chez elle, complètement guérie.

A la relation de cette observation, nous n'avons rien à ajouter. L'indication de la castration et de l'hystérectomie étant nette, l'opération radicale s'imposait.

Nous avons à dessein reproduit les deux observations qu'on vient de lire, afin de bien fixer les idées sur ces deux genres d'opérations.

Le traitement médical ne donnant aucun gage de guérison définitive, l'opinion des praticiens actuels était bien qu'il fallait s'adresser au traitement chirurgical dès que le diagnostic de varicocèle tubo-ovarien était posé d'une façon à peu près certaine. On faisait alors une laparotomie exploratrice.

Dans les cas d'annexes saines, on se contentait de la résection des paquets variqueux. Dans le cas contraire, on pratiquait l'hystérectomie et la castration.

M. Gray, chirurgien anglais, a exposé, en juillet 1909, dans *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the britisch Empire*, un mode opératoire basé sur la résection des veines ovariennes et devant remplacer l'ovariotomie. M. Gray pense, lui aussi, que la résection des paquets variqueux agit favorablement sur l'ovaire. Le traitement que préconise M. le professeur Sencert repose sur le même principe et a les mêmes indications, mais sa technique n'avait pas encore été exposée en France; aussi c'est cette technique que nous allons exposer en détail, tant au point de vue de ses indications que de ses résultats.

Traitement chirurgical conservateur du Varicocèle pelvien

INDICATIONS

Nous avons vu précédemment que, malgré les affirmations de plusieurs auteurs, en particulier de Malcom Mac Lean, qui prétend « qu'on ne peut être autorisé à ouvrir le ventre pour un varicocèle », il est indispensable de le faire dès que le diagnostic est posé.

En effet, ou bien déjà les lésions des veines ont retenti sur l'utérus et les annexes, et, dans ce cas, l'hystérectomie avec castration pourra seule guérir la malade.

Ou bien les lésions sont limitées aux seules veines et, dans ce cas, il faut préserver les annexes de l'utérus des conséquences possibles du varicocèle. L'opération chirurgicale conservatrice, telle qu'on la pratiquait, essayait d'atteindre ce résultat.

Les indications du traitement que nous exposons sont les mêmes, naturellement, que celles de l'ancien traitement conservateur. Il n'a pas la prétention de pouvoir guérir la dégénérescence scléro-kystique plus qu'elle ne l'était par l'ancien mode opératoire, si celle-ci est déjà

constituée, mais il peut la prévenir si l'opération est faite à temps. De là la nécessité d'un diagnostic précoce qui, malheureusement, est trop souvent rendu difficile par l'insuffisance et l'inconstance des signes physiques.

Supposons ce diagnostic posé. Quelle est à ce moment la situation des organes ? Souvent, mais non toujours, l'utérus est en rétrodéviation, le ligament large est affaissé et distendu sous le poids du varicocèle. Les ovaires, insuffisamment maintenus dès lors par le ligament large, sont le plus souvent prolabés.

Nous allons maintenant étudier les différentes phases de l'opération telle que la pratique M. le professeur Sencert.

1er Temps

La malade est nettoyée, rasée, sondée, préparée comme à l'ordinaire. Les champs stérilisés sont alors mis en place et solidement fixés par des pinces. Puis on manœuvre la table d'opération de façon à mettre la malade en position déclive. Avant de tracer l'incision, il faut faire incliner la malade à 45°. Elle gardera cette position pendant toute la durée de l'opération.

L'incision sera suffisamment grande pour qu'on puisse bien y voir. Elle pourra remonter jusqu'à l'ombilic. L'ouverture du péritoine doit être faite avec prudence, comme pour toute laparotomie. Il faut se rappeler qu'il y a des adhérences toujours possibles.

On refoule les intestins dans la profondeur, de façon à ce que non seulement ils ne gênent pas l'opération, mais à ce qu'ils restent invisibles et parfaitement protégés contre toute blessure ou infection possible.

Au lieu de l'incision médiane, on pourra, si on le désire, et si l'on en a l'habitude, se servir avec avantage de l'incision de Pfannenstiel, incision transversale, légèrement incurvée et située immédiatement au-dessus du pubis, dans la zone recouverte de poils.

Elle exposerait moins peut-être, au dire de certains auteurs, que l'incision médiane aux éventrations consécutives, mais elle allonge un peu la durée de l'opération.

En tous cas, la première nécessité est de bien voir la cavité pelvienne et ce qui s'y trouve. On cherche alors le fond de l'utérus ; pour cela, on commence par refouler les anses intestinales libres. S'il existe des adhérences, on les libérera peu à peu et on refoulera ensuite les anses ainsi détachées.

Ceci fait, on apercevra le fond de l'utérus. On repérera les annexes. Très souvent, comme nous l'avons dit précédemment, le varicocèle tubo-ovarien siège à gauche. Sans négliger l'exploration du côté droit, on pourra donc examiner d'abord les annexes gauches.

Naturellement, les cas ne seront pas toujours identiques, et il ne faut pas s'attendre à rencontrer chaque fois, comme dans le cas rapporté par M. le professeur Poncet, « un varicocèle tubo-ovarien énorme et d'une netteté aussi parfaite qu'on pouvait le souhaiter. »

Mais on apercevra toujours une tumeur, souvent assez volumineuse, qui donnera sous le doigt la sensation d'un paquet de vers ou d'un faisceau de cordelettes. M. le professeur Michel a eu l'amabilité de nous prêter une pièce provenant d'une opération pratiquée par lui, et sur laquelle les veines variqueuses atteignaient par places le diamètre d'un centimètre.

2e Temps

Ceci étant bien vu, on examinera le côté droit. Si rien de particulier ne s'y remarque, l'opération ne portera que sur le côté gauche.

Dans la plupart des cas, l'ovaire est prolabé. Cela se comprend, puisque le ligament large distendu ne soutient plus suffisamment l'ovaire. Il faudra alors saisir cet ovaire prolabé à travers le ligament large, sans faire aucune incision, et le soulever.

3e Temps

L'ovaire étant soutenu, on fera, sur le bord supérieur du ligament large, une incision longitudinale superficielle, de 4 à 6 centimètres de longueur. On évitera de blesser l'ovaire ou les veines distendues, qui donneraient beaucoup de sang et gèneraient un peu, dès lors, la suite de l'opération.

4e Temps

Tout en écartant les deux feuillets du ligament large ainsi sectionné suivant son bord supérieur, on inspectera l'ovaire. S'il est malade, il ne faut naturellement pas hésiter à l'enlever, car il serait illusoire d'espérer sa guérison. Mais il ne suffit pas de rencontrer sur l'ovaire un ou deux de ces petits kystes qui ne sont quelquefois que des vésicules de De Graaf parfaitement normales pour qu'il soit permis de le sacrifier, et l'opération conservatrice, telle que nous la décrivons, reste formellement indiquée.

On apercevra, en même temps, encore un paquet de veines, les unes extrêmement distendues, d'autres à un degré moindre, d'autres, enfin, non variqueuses.

Le tout est plongé dans du tissu conjonctif. Si ce tissu conjonctif est assez lâche, on pourra se borner à faire, avec le manche du bistouri ou avec une sonde cannelée, une dissection facile des veines ; mais si, comme cela arrive fréquemment, le tissu conjonctif et les veines semblent ne faire plus qu'un, il faudra opérer une dissection très prudente, car la rupture de ces veines gorgées de sang inonderait rapidement le champ opératoire. .

5e Temps

Ceci fait, on posera sur le paquet de veines variqueuses, à chacun de ses deux points les plus distants, deux pinces écartées chacune de quelques millimètres. La section sera faite entre ces deux pinces, de chaque côté. De cette façon, on n'aura pas d'écoulement sanguin.

6e Temps

On continue en ligaturant les paquets veineux au niveau des pinces restantes. Puis, très simplement, on rapprochera l'un de l'autre les fils de catgut qui obturent les moignons veineux, et on liera ensemble.

7e Temps

En liant ensemble les fils qui lient chacun des moignons veineux, on détermine le plissement du ligament large. En effet, la réunion des moignons exerce sur lui une traction qui se traduit par son plissement.

A ce moment alors on suturera par un fin surjet les deux parties de l'incision qui avait été faite sur son bord supérieur,

8e Temps

Enfin, si l'utérus est rétrofléchi, comme cela arrive souvent dans ce cas, on terminera l'opération par une hystéropexie ou mieux par le raccourcissement intra-abdominal du ligament rond. S'il n'y a pas de suintement sanguin persistant, on se contentera de fermer simplement la plaie abdominale, Si, au contraire, on avait trouvé des adhérences qu'on peut craindre infectées, il faudra draîner.

Un bon drain de caoutchouc, à peu près de la grosseur du doigt et portant, près de son extrémité inférieure seulement, un ou deux orifices sera très suffisant.

La suture du péritoine, des muscles et de l'aponévrose se fera au catgut comme normalement. Pour la peau, on emploiera des crins de Florence avec ou sans agrafes de Michel.

Suites opératoires

Les suites seront celles de toute laparotomie. Le point important est que les ligatures des veines aient été bien faites. Dans ce cas, aucune hémorragie n'est à craindre. Et si l'opération a été faite aseptiquement, les chances d'infection sont peu à redouter.

La malade pourra se lever environ quinze jours après l'opération. Les observations que nous publions à la suite justifièront d'ailleurs notre exposé.

Résultat

1° Le premier résultat sera la disparition des varices tubo-ovariennes ;

2° Les ovaires seront remis en position normale ;

3° Le ligament large sera raccourci et soutiendra désormais les veines et les ovaires.

OBSERVATIONS

de M. H.-M.-W. Gray, d'Edimbourg.

(Traduites du *The Journal of Obstetrics and Gynæcology of the Britisch Empire*).

I.

Mme F..., 34 ans. Après la naissance de son second enfant, il y a onze ans, elle commença à sentir des douleurs dans le dos, du côté droit, « tout en bas », les plus vives, le matin, avant de quitter le lit. Ceci provoque un sentiment de grande fatigue. La menstruation était irrégulière, et, à deux reprises, absente pendant toute une année.

Pendant ces périodes, la douleur avait été absente durant des périodes variables. Un effort extraordinaire, des voyages, la couture augmentaient toujours la douleur. Pendant la dernière partie de la troisième et de la quatrième grossesse, elle était incomplètement délivrée de la douleur, mais elle commença de suite dès que la malade fut de nouveau sur pied. Pendant la dernière année, la douleur était absente durant deux ou trois mois.

Sa réapparition la bouleversa plus que jamais. Son caractère semblait changé, plus aigu et affectant les deux côtés. La douleur était maintenant rapportée aux os iliaques, et il y avait des douleurs indéterminées tiraillant les deux membres inférieurs.

Son système nerveux et sa santé générale commençaient à souffrir plus. Ceci, ensemble avec son impuissance de « faire des choses qu'elle avait pu faire auparavant », lui firent chercher un soulagement par une opération. De nombreux remèdes médicaux avaient été essayés sans résultat. L'utérus était normal et mobile. Lors d'une palpation, les deux ovaires furent trouvés tendus et légèrement déplacés vers le Douglas. La palpation produit une douleur semblable à celle dont la malade se plaignait ordinairement. Les reins n'étaient pas mobiles.

L'opération fut pratiquée : les veines ovariennes étaient variqueuses, surtout à gauche. A l'exception d'un léger retour de la douleur, le seizième jour, elle fut complètement soulagée de ses malaises et put s'occuper dorénavant de ses devoirs de ménage.

II.

Mme J..., 29 ans. Il y a neuf ans, après la naissance d'un deuxième enfant, la douleur commençait dans l'abdomen. Elle était d'un caractère aigu et piquant pendant la période menstruelle et après des efforts. Au début, c'était seulement pendant la menstruation que se produisait cette douleur, mais, peu à peu, elle devint constante et d'un caractère fort douloureux. Les douleurs étaient toujours soulagées par la position couchée. La menstruation était d'ailleurs régulière et normale quant à la durée et à la quantité de l'écoulement. Six ans auparavant, un pessaire fut porté sans soulagement.

La palpation sur la région ovarienne gauche causait une vive douleur. Par la voie vaginale, un corps allongé (trompe ou ovaire), pouvait être senti du côté gauche, très tendu ; du côté droit, un gonflement semblable fut constaté, mais non pas aussi distinct. L'utérus était rétrofléchi. L'examen était difficile à cause de la rigidité des parois abdominales.

A l'opération, il fut constaté que les ovaires étaient légèrement fibro-kystiques. Aucune condition, sauf la dilatation variqueuse des veines tubo-ovariennes, ne fut trouvée pour expliquer la présence du corps tendu perçu par le toucher vaginal. Les veines ovariennes furent réséquées en partie et l'hystéropexie pratiquée.

Onze mois plus tard, la malade indiquait que son état de santé se maintenait en bonne condition. Elle n'a plus de douleurs aux périodes menstruelles.

Elle a parfois un mal semblable à une piqûre au-dessus de la région iliaque droite, qui disparaît quand elle a des selles.

III.

Mlle J. P..., 20 ans. Célibataire. Six mois avant de se présenter, elle commençait à souffrir d'une douleur vive et aiguë dans la région ovarienne gauche. Cette douleur était constante. Ses périodes menstruelles, au début normales, devenaient moins fréquentes (tous les deux mois), duraient le même temps, mais le flux était plus faible. Pendant une période, la douleur était si intense que la malade ne pouvait se remuer. La douleur diminuait quand l'écoulement sanguin apparaissait, mais elle était continuellement présente. Elle dut garder le lit pendant cinq semaines, tant la douleur était vive. Le repos au lit avait comme résultat d'atténuer les phénomènes douloureux. La constipation était habituelle, de même que les céphalées.

A l'examen, il y avait une sensibilité marquée des deux ovaires, surtout du gauche. Les muscles abdominaux étaient contractés. Par le toucher combiné au palper, on pouvait sentir que l'ovaire droit était légèrement augmenté de volume. L'utérus paraissait normal.

A l'opération, l'ovaire droit était kystique et plus gros que le gauche. Les veines étaient très légèrement variqueuses. Une résection partielle des plexus veineux ovariens fut faite. L'appendice, qui était long, fut enlevé.

Dix mois plus tard, elle fut examinée. La santé générale était bonne. Les périodes étaient normales. La douleur dont elle se plaignait avant l'opération était disparue. Quand on lui demandait : « Etes-vous satisfaite entièrement du bien de l'opération ? », elle répondait : « Absolument ».

M. Gray ajoute que douze cas semblables, semblablement traités, donnèrent de bons résultats. Deux cas seulement ne donnèrent pas de bons résultats.

Comme nous l'avons exposé précédemment, c'est qu'il est probable que, dans ces cas, la sclérose utérine et la dégénérescence ovarienne étaient déjà trop avancées. Une observation de M. le Professeur Sencert accuse aussi un résultat non satisfaisant, parce que l'utérus était déjà trop sclérosé. L'appréciation exacte des lésions utérines et ovariennes est délicate, mais extrêmement utile.

L'opération, telle que la pratique M. Gray, se rapproche beaucoup de celle employée par M. le Professeur Sencert. Mais M. Gray n'attachait pas d'importance au plissement du ligament large, tandis que M. Sencert pense que son raccourcissement joue un rôle analogue à la résection d'une partie du scrotum dans le traitement du varicocèle masculin.

OBSERVATIONS INÉDITES

(Dues à l'obligeance de M. le professeur SENCERT).

OBSERVATION I.

Mme S..., âgée de 42 ans, sans profession, à Neuves-Maisons, se présente à nous, le 5 août 1909, réclamant nos soins pour des douleurs insupportables qu'elle ressent dans le bas-ventre.

Cette femme a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 28 ans. Elle en a guéri sans reliquat. Elle a eu quatre grossesses normales. De ses quatre enfants, un est mort de broncho-pneumonie, les trois autres sont bien portants. La menstruation a toujours été régulière jusqu'à la dernière grossesse. C'est depuis le dernier accouchement que des irrégularités sont

apparues, en même temps que des douleurs abdominales et pelviennes.

Depuis cette époque, la malade souffre dans le ventre, surtout le matin, quand elle se lève. Les douleurs sont exaspérées par la marche, le chemin de fer, les grands mouvements. La malade les localise dans la partie inférieure du ventre, et aussi dans la région lombo-sacrée. Depuis le dernier accouchement, qui date de cinq ans, ces douleurs ont persisté d'une façon presque continue, avec des exacerbations au moment des règles, et quelques rémissions après elles. La menstruation a d'ailleurs diminué et d'abondance et de durée. Pas de leucorrhée intermenstruelle. Pas de troubles vésicaux. La constipation est opiniâtre ; la malade reste parfois huit jours sans aller à la garde-robe. Sous l'influence de la persistance des douleurs, des troubles névropathiques sont apparus : le caractère est devenu maussade et chagrin ; la malade pleure à tout instant ; elle accuse des étouffements, des palpitations, des troubles dyspeptiques.

N'ayant obtenu des innombrables médicaments qu'elle a essayés aucune amélioration, la malade vient demander le secours d'une opération.

A l'examen, on constate, au palper abdominal, l'absence de toute tumeur abdomino-pelvienne. L'utérus semble de volume et de situation à peu près normales. La palpation des deux fosses iliaques produit une douleur pelvienne très vive. Au toucher, on constate que le col est de volume normal, non ulcéré, non éversé. Il est fortement rejeté en arrière, et on sent, dans le cul-de-sac vaginal antérieur, le fond de l'utérus fortement antéversé. L'utérus est d'ailleurs mobile et à peine plus gros que normalement. La palpation du cul-de-sac postérieur produit une douleur vive et très passagère ; de même la palpation profonde des culs-de-sac latéraux. Par le palper bi-manuel, on se rend compte que cette douleur correspond à la palpation des deux ovaires, légèrement augmentés de volume et fortement prolabés dans le Douglas.

Pensant à des lésions inflammatoires des annexes, nous nous décidons à intervenir. Le 8 août 1909, laparotomie médiane sous-ombilicale. La malade, placée en Treudelenburg, on se rend un compte exact des lésions ; l'utérus, légè-

rement augmenté de volume, est en antéversion ; les ovaires, augmentés de volume, sont prolabés ; les deux ligaments larges, et en particulier le ligament de l'ovaire de chaque côté, sont très épaissis, de coloration bleuâtre, et on voit, à travers le mince feuillet péritonéal, de grosses veines tortueuses et dilatées, donnant au ligament large l'épaisseur d'un doigt. Il y a un peu de sérosité au fond du Douglas. Ces lésions caractérisent en somme le varicocèle pelvien. C'est lui qui est vraisemblablement la cause des irrégularités menstruelles et des douleurs qu'accuse la malade.

Ayant décidé de conserver les ovaires et de traiter le varicocèle pelvien de la même manière que nous traitons le varicocèle scrotal, je fais sur le bord du mésovarium une incision de 4 à 5 centimètres, permettant d'écarter les deux feuillets du ligament large. Cette incision met à nu les paquets de veines dilatées et permet de les réséquer. Après dénudation de ces paquets, nous en pratiquons la résection entre quatre ligatures, placées, les unes, tout près du bord latéral de l'utérus, les autres sont près de la paroi latérale du bassin, à l'autre bord du ligament large. Les veines réséquées, nous rapprochons l'un de l'autre les fils de catgut, qui obturent les moignons veineux, et nous les lions ensemble. De cette façon, le ligament large est plissé en largeur, le ligament de l'ovaire est très diminué de longueur, et ainsi les deux ovaires sont fortement relevés et attirés tout contre la partie supérieure du ligament large. Un fin surjet de catgut, n° 00, permet de refermer complètement l'incision du bord du ligament large. On achève l'opération en faisant une ventro-fixation par raccourcissement intra-abdominal du ligament rond.

Les suites opératoires furent très favorables ; la guérison opératoire était complète en 15 jours. Le quatorzième jour, la malade quittait l'hôpital, ne souffrant plus, se disant complètement rétablie. La guérison, avec disparition de tous les troubles menstruels et de toutes les douleurs, s'est ainsi maintenue jusqu'au commencement de l'année 1911, c'est-à-dire pendant environ dix-huit mois. Puis les métrorragies reparurent, les douleurs se reproduisirent aussi intenses qu'avant l'opération, et, lasse de souffrir, la malade revint à l'hôpital en avril 1911. Elle entra dans le service de M. le

professeur Weiss, que j'avais, à ce moment, l'honneur de suppléer. Nous portâmes, lui et moi, le diagnostic de sclérose utérine, et, devant l'insistance de la malade, qui réclamait un soulagement à ses souffrances, nous fîmes une deuxième laparotomie. L'utérus était volumineux et très dur ; nous décidâmes de pratiquer l'hystérectomie subtotale, et telle était la dureté de cet utérus scléreux, que nous eûmes toutes les peines à sectionner le col au bistouri.

Cette fois encore, la guérison opératoire fut obtenue en quinze jours. La malade n'a plus souffert depuis, et les nouvelles que nous avons reçues d'elles récemment confirment sa guérison complète.

OBSERVATION II.

Mme R..., âgée de 40 ans, m'est adressée le 10 avril 1910, par le docteur Midon, de Diarville, pour des troubles utéro-annexiels, caractérisés par des douleurs abdomino-pelviennes, des métrorragies, de la leucorrhée.

Cette femme, qui n'a eu qu'un enfant, a toujours joui d'une excellente santé générale, se plaignant seulement, de temps en temps, d'irrégularités menstruelles et de douleurs lombo-pelviennes. Depuis près d'un an, ces troubles, autrefois passagers, sont devenus constants et beaucoup plus marqués. Les règles sont douloureuses, abondantes, et durent trois ou quatre jours de plus qu'auparavant ; la malade souffre des reins, du bas-ventre ; son appétit a diminué, elle a parfois des nausées et des vomissements. La constipation est très rebelle.

C'est dans ces conditions que je vis la malade, le 10 avril 1909. L'examen physique nous donne les signes suivants : au palper, on ne sent pas de tuméfaction abdomino-pelvienne ; mais on provoque de la douleur par la palpation profonde des deux fosses iliaques. Au toucher, on constate que le col utérin est légèrement en avant et le fond déplacé en arrière. Cette rétroversion est mobile ; le fond de l'utérus se laisse facilement déplacer. Le palper bi-manuel permet de constater qu'il n'y a pas à proprement parler de tuméfaction annexielle ; seulement, il révèle l'existence d'ovaires volumineux, prolabés dans les culs-de-sac latéraux, et très doulou-

reux au toucher. Je porte le diagnostic de la rétrodéviation mobile, avec annexite double probable, et propose la laparotomie.

Le 15 avril 1909, laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est bien en rétroversion. Les deux trompes sont un peu plus volumineuses que normalement, mais non kystiques. Les deux ovaires, volumineux et bourrés de follicules presque mûrs, sont prolabés dans le Douglas, en dessous et sur les côtés du fond de l'utérus. Le ligament large est très épaissi ; les veines tubo-ovariennes sont énormément dilatées et sinueuses. Le ligament large est véritablement turgescent.

Décidé, comme dans le cas précédent, à conserver les ovaires, je fais sur le bord supérieur du ligament large, et de chaque côté de l'utérus, une incision de 5 centimètres de longueur, permettant de séparer les deux feuillets péritonéaux. La séparation de ces deux feuillets isole et dénude les paquets variqueux. Quand les veines sont ainsi séparées sur une hauteur de 4 ou 5 centimètres, et sur presque toute la longueur du ligament large, j'en pratique la résection entre ligatures. Les veines enlevées, je réunis les fils qui lient les moignons veineux utérins aux fils qui lient les moignons latéraux et je fais ainsi une plicature du ligament large qui se rétrécit, tendant à relever l'utérus et relevant fortement les ovaires. Je termine par une hystéropexie (doléris).

Les suites opératoires furent excellentes et complètement apyrétiques. Le dix-huitième jour, la malade quittait la clinique, ne se plaignant plus de douleurs. Depuis cette époque, la menstruation est régulière et n'est plus douloureuse. La malade ne souffre pour ainsi dire plus ; j'ai eu tout récemment de ses nouvelles, et, si on ne peut pas dire que toutes les douleurs ont complètement disparu, on peut dire qu'elles ont été énormément atténuées, et que l'état de la malade s'est, depuis l'opération, considérablement amélioré.

OBSERVATION III.

Mme D..., employée d'usine, à Pont-à-Mousson, m'est adressée à l'hôpital par le docteur Etienne, dans le service du pro-

fesseur Weiss, que j'avais, en octobre 1910, l'honneur de suppléer. Depuis plusieurs années, cette femme, âgée de 35 ans, se plaint de douleurs dans le bas-ventre, surtout marquées au moment de la menstruation. Ces douleurs surviennent à l'occasion du moindre effort et sont exacerbées par la marche et la station debout prolongée. Les règles, douloureuses, sont plus abondantes qu'autrefois. Dans l'intervalle des règles, la malade accuse une leucorrhée muqueuse abondante. Depuis plusieurs mois, les douleurs deviennent intolérables, empêchent la malade de se livrer à toute occupation et font d'elle une véritable infirme, ne trouvant de soulagement que par le repos, dans le décubitus. Malgré un traitement médical longtemps prolongé, malgré un traitement local du col, qu'on pensait atteint d'inflammation chronique, les douleurs persistent et la malade vient demander à une opération un soulagement à ses douleurs.

Physiquement, on constate que l'utérus est un peu volumineux et congestionné, mais en situation normale : pas de prolapsus, pas de déviation bien marquée. Le col est normal, non ulcéré. Dans le cul-de-sac postérieur, et à gauche, on sent une tuméfaction, très sensible au toucher, ayant une forme régulière, lisse et ovoïde, mobile à la pression, et qui est évidemment l'ovaire gauche, augmenté de volume. Dans la partie droite on sent aussi, mais moins nettement, l'ovaire droit, également sensible et douloureux. Les trompes ne sont pas nettement perceptibles au toucher. Nous basant sur les signes fonctionnels (douleurs et troubles menstruels), et sur les signes physiques (ovaires volumineux et prolabés, absence de lésions salpingiennes), nous portons le diagnostic de varicocèle tubo-ovarien, avec prolapsus des ovaires, et proposons une intervention.

Le 12 octobre 1910, je fais une laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est un peu volumineux, mais en place. Les deux ovaires tombent dans le Douglas. Le ligament large, extrêmement épaissi, renferme d'énormes veines, dilatées et tortueuses. Sur le bord libre de chaque ligament large, je fais une incision de 4 à 5 centimètres de longueur ; je dissèque, entre les deux feuilets du ligament, les paquets variqueux. Comme dans les deux cas précédents, j'isole, lie et résèque ces paquets variqueux ; puis, en liant les uns aux autres les fils

qui enserrent les moignons veineux, je rétrécis le ligament large et relève les ovaires qui se collent ainsi dans la fossette ovarienne, contre la paroi pelvienne. Pas d'hystéropexie. Fermeture du ventre sans drainage.

Les suites opératoires furent des plus favorables. La malade guérit sans le moindre incident. Elle quitta l'hôpital le quinzième jour, ne souffrant plus. Je l'ai revue trois mois après, j'ai eu de ses nouvelles tout récemment ; elle n'a jamais plus souffert depuis l'opération. Bien qu'il n'y ait encore qu'un an d'écoulé depuis l'opération, et qu'on ne puisse parler de guérison définitive, la malade, dont tous les troubles ont disparu, se considère, elle, comme complètement guérie.

Vu :
Nancy, le 12 Novembre 1911.
Le Président de la Thèse :
WEISS.

Vu :
Nancy, le 12 Novembre 1911
Le Doyen :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 12 Novembre 1911.
Le Recteur de l'Académie :
Ch. ADAM.
Correspondant de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

CAMUSET. — Thèse, Lyon, 1908.

CZERWENKA. — *Wiener Klinische Wochenschriften*, 1903.

COË. — *American Journal of Obstetrics*, 1889.

DEVALZ. — Thèse de Paris, 1858.

DUPARCQUE. — Traité des maladies de la matrice, 1839.

DOLERIS. — Troubles physiologiques non inflammatoires de l'utérus.

DUDLEY. — *New-York Med. Journal*, 1888.

HERBET. — Société anatomique, 1896.

LABADIE, LAGRAVE et LEGUEN. — Traité de Gynécologie.

LEGROS. — Thèse, Paris, 1902.

MICHEL et BICHAT. — *Archives générales de Médecine*, 1903.

PETIT (Paul). — *Nouvelles Archiv. d'Obstétr. et Gynécol.*, 1891.

PONCET. — Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

POZZI. — Traité de Gynécologie.

ROBIN et DALCHÉ. — Traitement des métrites.

RICHET. — Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale.

ROUSSAN. — Thèse, Paris, 1892.

VIOLAT. — *Gazette des Hôpitaux*, 1907.

GRAY. — *The Journal of Obstetrics of the Britisch Empire* (juillet 1909).

BALLANTYNE. — *The Journal of Obstetrics of the Britisch Empire* (septembre 1909).

TABLE DES MATIÈRES

pages

AVANT-PROPOS 1

INTRODUCTION 3

Anatomie pathologique et Pathogénie 7

Symptomatologie et Diagnostic 33

Des différents modes de traitement du varicocèle pelvien. 39

Traitement chirurgical conservateur du varicocèle pelvien 51

Observations 57

BIBLIOGRAPHIE 67